**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

แบบ ตก. 1

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ Service Excellence**

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)**

**จังหวัดนครนายก เขตสุขภาพที่ 4**

**รอบที่ 2 ตรวจราชการวันที่ 4-6 กรกฎาคม 2561**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ: การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)**
2. **สถานการณ์**

จังหวัดนครนายกมีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 60 แห่ง ดังนี้

- โรงพยาบาลทั่วไประดับ S จำนวน 1 แห่ง

- โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 2 แห่ง

- โรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 56 แห่ง

และมีหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 แห่ง คือ

- โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า

### - [ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%88%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B8%B2%E0%B8%AF_%E0%B8%AA%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B5)

การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาสมเหตุสมผลโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้กำหนดเป็นเข็มมุ่งของจังหวัดนครนายก และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital) เพื่อร่วมกันหารือกำหนดเป้าหมาย วางแนวทางปฏิบัติงานเรื่องการใช้ยาสมเหตุสมผลในทุกระดับของหน่วยบริการรวมไปถึงในระดับชุมชน ให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างรวดเร็วและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากนั้นกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขร่วมกับโรงพยาบาลนครนายกได้รับนโยบายจากคณะกรรมการฯ มาดำเนินการจัดพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือข้อตกลง (MOU) และจัดอบรมตาม “โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครนายก” มีการกำกับติดตามงานโดยให้นำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) เพื่อให้ผู้บริหารทราบและนำข้อมูลไปขับเคลื่อนกิจกรรมอื่นๆ ในหน่วยบริการที่รับผิดชอบตลอดปี 2560 ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

1. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **รายการข้อมูล** | **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ  วันที่รับตรวจ)** | **ภาพรวมจังหวัด**  - **รอบ 2**  (ข้อมูล มค.61- พค.61) | **ร้อยละ** |
| 1 | **ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล**  (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU 1 และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU 2 )  **เกณฑ์ตัวชี้วัด**: - รพ.RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด และ  รพ.RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด | **เป้าหมาย**  (จำนวน รพ.ทั้งหมด) | **4** | 4 | - |
| **ผลงาน** RDU ขั้นที่ 1  (จำนวน รพ. RDU Hospital ขั้นที่ 1\*) | **4** | 4 | **100** |
| **ผลงาน** RDU ขั้นที่ 2  (จำนวน รพ. RDU Hospital ขั้นที่ 2\*) | **0** | 0 | **0** |

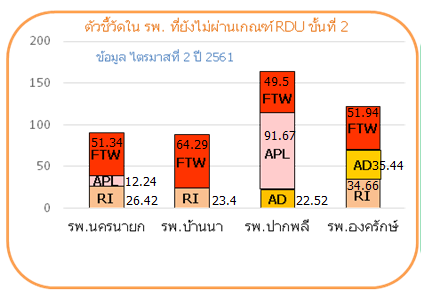
หมายเหตุ \*รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU 2 ขั้นที่ 1 หรือ ขั้นที่ 2 ตามเกณฑ์เป้าหมาย

* 1. **ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ 1 (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล (ข้อมูลถึงเดือน พ.ค. 2561)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายชื่อรพ.** | | **ระดับ**  **A**  **S**  **M1**  **M2**  **F1**  **F2**  **F3** | **RDU 1** | | | | | | | | **RDU 2** | **สรุปผลการประเมิน การเป็น RDU Hospital ขั้นที่ 1**  **(RDU 1 +**  **RDU 2)** | |
| **RDU 1 : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)** | | | **RDU 1 : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)** | | | | | **ประเมินผลการ ดำเนินงาน (Output)** |
| **มี คณะกรรมการขับเคลื่อน  SP-RDU** | **มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU** | **มี แผนปฏิบัติการจัดการ เชื้อดื้อยา ใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A S  และ M1** | **1) ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED** | **2) ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการPTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** | **3) รายการยา ที่ควรพิจารณา ตัดออก 8 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล** | **4) การดำเนินงานในการจัดทำ ฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน** | **5) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา** | **ร้อยละของ รพ.สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์**  **ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 2  โรค URI และ AD  ตามเกณฑ์เป้าหมาย** |
| **ร้อยละ** | **ระดับ** | **จำนวน .....รายการ** | **ระดับ** | **ระดับ** | **ร้อยละ** | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |
| นครนายก | | S | มี | มี | มี | 97.36 | 3 | 1 | 3 | 3 | 94.74 | 🗸 |  |
| บ้านนา | | F 2 | มี | มี |  | 94.93 | 3 | 0 | 3 | 3 | 85.71 | 🗸 |  |
| องครักษ์ | | F 2 | มี | มี |  | 98.64 | 3 | 0 | 3 | 3 | 100 | 🗸 |  |
| ปากพลี | | F 3 | มี | มี |  | 93.18 | 3 | 0 | 3 | 3 | 77.78 | 🗸 |  |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | | **มี** | **มี** | **มี** | **รพ. ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2**  **≥ ร้อยละ 85 F1-F3**  **≥ ร้อยละ 90** | **ระดับ 3** | **≤ 1 รายการ** | **รายการยา**  **13 กลุ่ม**  **ระดับ 3** | **ระดับ 3** | **≥ ร้อยละ 40** | จำนวน รพ.  ผ่านเกณฑ์  **RDU ขั้นที่ 1**  **≥ ร้อยละ 80** | |
| **เป้าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ 2561** | | | **รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ RDU 2) ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด** | | | | | | | | | | |
|  |  | | **สรุปผลการดำเนินงาน** | | **1) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ 1 ภาพรวมจังหวัด จำนวน 4 แห่ง  (รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU 2 ขั้นที่ 1 ตามเกณฑ์เป้าหมาย)** | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | **2) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัดจำนวน 4 แห่ง** | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | **3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด ( A / B ) x 100**  **คิดเป็นร้อยละ 100** | | | | | | | | |

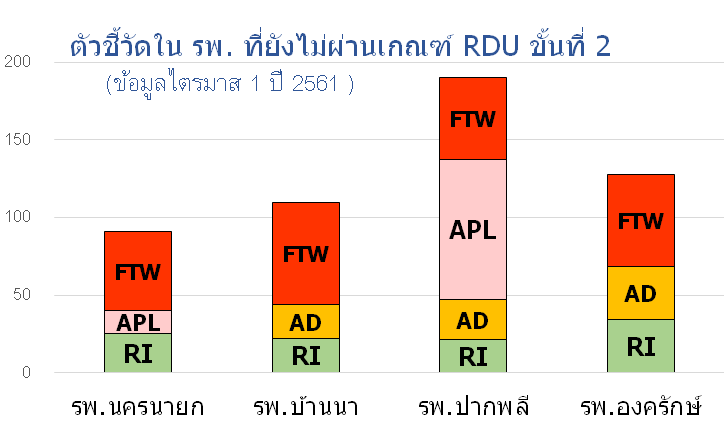
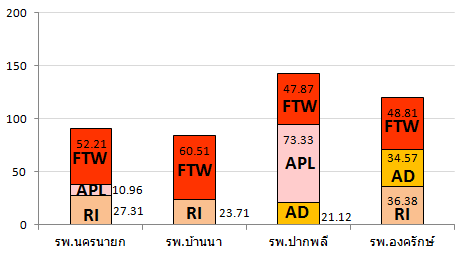
**3.2 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ 2 (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล (ข้อมูลถึงเดือน พ.ค. 2561)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายชื่อรพ.** | | **ระดับ**  **A**  **S**  **M1**  **M2**  **F1**  **F2**  **F3** | **RDU 1** | | | | | | | | | | **RDU 2** | **สรุปผลการประเมิน การเป็น RDU Hospital ขั้นที่ 2**  **(RDU 1 +**  **RDU 2)** | |
| **RDU Hospital**  **ขั้นที่ 1** | | **RDU 1 : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)** | | | | | | | | **ประเมินผลการ ดำเนินงาน (Output)** |
| มีผลการดำเนินงาน  ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้ง  3 process  และ  5 output | | 1) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | | 2) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้ออุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | 3) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอก และฉุกเฉิน | 4) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติทางช่องคลอด | 5) การใช้ยาNSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3  ขึ้นไป | 6) การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง  ( eGFR < 60ml/min/173m2 ) | 7) การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin\*, statins, ergots  (\* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | ร้อยละของ  รพ.สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ใน  2 โรค  URI และ AD  ตามเกณฑ์เป้าหมาย |
|  |  |  |  |  |  | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |
| นครนายก | | S | ผ่าน | | 27.31 | | 16.70 | 52.21 | 10.96 | 0.27 | 0 | 0 | 94.74 |  | 🗸 |
| บ้านนา | | F 2 | ผ่าน | | 23.71 | | 16.61 | 60.51 | 6.56 | 1.22 | 5.56 | 0 | 85.71 |  | 🗸 |
| องครักษ์ | | F 2 | ผ่าน | | 36.38 | | 34.57 | 48.81 | 4.25 | 0.43 | 0 | 0 | 100 |  | 🗸 |
| ปากพลี | | F 3 | ผ่าน | | 19.20 | | 21.12 | 47.87 | 73.33 | 2.65 | 3.03 | 0 | 77.78 |  | 🗸 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | | **ผ่าน** | | **≤ ร้อยละ 20** | | **≤ ร้อยละ 20** | **≤ ร้อยละ 40** | **≤ ร้อยละ 10** | **≤ ร้อยละ 10** | **≤ ร้อยละ 5** | **0 ราย** | **≥ ร้อยละ 60** | จำนวน รพ.  ผ่านเกณฑ์  **RDU ขั้นที่ 2**  **≥ ร้อยละ 20** | |
| **เป้าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ 2561** | | | **รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ RDU 2) ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของ รพ.ทั้งหมด** | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | **สรุปผลการดำเนินงาน** | | | **1) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ 2 ภาพรวมจังหวัด จำนวน 0 แห่ง ( รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU 2 ขั้นที่ 2 ตามเกณฑ์เป้าหมาย)** | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | **2) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัดจำนวน 4 แห่ง** | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | **3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด ( A / B ) x 100**  **คิดเป็นร้อยละ 0** | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | | | | | | |

****

**ตัวชี้วัดใน รพ.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2**

(ข้อมูลสะสม ถึง 31 พ.ค.61 )

****

**สรุปความก้าวหน้า** **:** ผลงานสะสมถึง พฤษภาคม ปี 2561 (8 เดือน) พบว่า ทุกโรงพยาบาลยังไม่ผ่านเกณฑ์โดยเฉพาะตัวชี้วัดแผลสด (FTW) แต่มีแนวโน้มการใช้ลดลงในทุก รพ. และ รพ.นครนายกมีผลการใช้ ATB ในแผลคลอดใกล้ผ่านเกณฑ์ ส่วน รพ.บ้านนา และ รพ.ปากพลี มีผลการสั่งใช้ยา ATB ใกล้ผ่านเกณฑ์ ในโรค RI และ AD ตามลำดับ

**3.3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **การดำเนินงาน** | **ผลการดำเนินงาน** |
| 1. **คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด** | 1. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU | **🞏** ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ  **☑** มีคำสั่งคณะกรรมการ  ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก  ที่ 02/2560 ลงวันที่ 6 มกราคม 2560  คณะกรรมการฯ มี 17 ท่าน |
| 1. **มีเป้าหมาย แผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด การติดตาม ควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงานSP- RDU ในระดับจังหวัด** | 1. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU 2. การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU 3. การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU 4. การควบคุม กำกับ กลวิธีในขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ 5. การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน | **🞏** ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ  **☑** มีแผนปฏิบัติการ  **สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ**  มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ SP-RDU และกำหนดแผนปฏิบัติการปี 2561 จัดทำบันทึกความร่วมมือข้อตกลงร่วม (MOU) ในการดำเนินงาน  กำหนดการติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส  **เป้าหมายการดำเนินงาน**  โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และ รพ.สต.ผ่าน RDU ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และอย่างน้อย 1 รพ. ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 ภายในปี 2561  **ตัวชี้วัด**  - ร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครนายกผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 ภายในปี 2561  - ร้อยละ 80 ของรพ.สต.ในจังหวัดนครนายก ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรค คือ URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมายภายในปี 2561  **รูปแบบหรือกลวิธีในการควบคุมกำกับ**  1. การรวบรวมข้อมูล 18 ตัวชี้วัดของ RDU 1 และข้อมูล AMR   * ขณะนี้ใช้การรายงานผ่านระบบรายงานเฉพาะกิจของทาง กบรส. โดยโรงพยาบาลใช้โปรแกรม RDU2016 เชื่อมกับฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยทีมเภสัชกร รพ. ก่อนนำมาบันทึกข้อมูลในระบบรายงานเฉพาะกิจ * มีการระบุชื่อเภสัชกรในหน่วยบริการเป็นผู้รับผิดชอบงานเพื่อติดต่อประสานดำเนินการในแต่ละตัวชี้วัดให้บรรลุเป้าหมาย   ๒. การรวบรวมข้อมูล 2 ตัวชี้วัดของ RDU 2 ดึงข้อมูลจากระบบ HDC และมีการตรวจสอบโดยใช้คำสั่ง SQL ดังข้อมูลจาก Data Center มาเปรียบเทียบกันพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ตรงกันบางส่วน และมีการตรวจสอบหาสาเหตุเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป  **การจัดทำรายงานส่งให้กับจังหวัด/ สบรส.**  **☑** ครบถ้วน  **🞏** ไม่ครบถ้วน ระบุ.....................................................  **สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด**   1. ปี 2561 เก็บข้อมูล baseline ครบทุกตัวชี้วัด และมีการควบคุมกำกับติดตาม โดยคณะกรรมการ RDU จังหวัด ทุก 3 เดือน และรายงานข้อมูลในการประชุมผู้บริหาร (กวป.) ระดับจังหวัด 2. มีแผนการขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลลงสู่ชุมชน เช่น การรณรงค์และกระจายสื่อประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลลงสู่ร้านขายยาในชุมชน |
| 1. **การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลการดำเนินSP-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด** | 1. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน 2. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงานSP-RDU | **🞏** ไม่มีผู้รับผิดชอบ  **☑** มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ  ภญ.อาภัสรี บัวประดิษฐ์ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สสจ.นครนายก  นายสมชาย แสงสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.นครนายก  **🞏** ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ  **☑** มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ  สสจ.นครนายก มีการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูล 18 ตัวชี้วัดผ่านหน้าเว็บไซต์ให้กับหน่วยบริการ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดตามข้อมูล  **สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด**   1. รพ.ทั้ง 4 แห่ง (สังกัด สป.) ใช้โปรแกรม HOSxP และใช้โปรแกรม RDU 2016 ของ รพ.บ้านม่วง ในการดึงข้อมูลทั้ง 18 ตัวชี้วัด 2. รพ.สต. ทั้ง 56 แห่ง สสจ.นครนายกมีการดึงข้อมูลและสรุปเป็นผลการดำเนินงาน RUA ของแต่ละ รพ.สต. จากระบบ HDC และรายงานให้ผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยบริการทราบเป็นรายเดือน |
| 1. **มีการติดตามการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ** | 1. การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ | **สรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับจังหวัด**  1. มีการบูรณาการระบบงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC), คณะกรรการควบคมการติดเชื้อ (IC) และทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)  2. แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา  3. จัดทำข้อมูลและรายงานที่สัมพันธ์กับเชื้อดื้อยา  - อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ   * ปี 2560 ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อ AMR ในกระแสเลือด = 1.83 * ปี 2561 (ข้อมูลถึง พ.ค.61) ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อ AMR ในกระแสเลือด = 2.2   - Antibiogram ทุก 6 เดือน  - มูลค่าและจำนวน (DDDs) การใช้ยาปฏิชีวนะ   * ข้อมูล เม.ย.-ก.ย.60 DDD ยารับประทาน = 3.25,   DDD ยาฉีด = 84.37   * ข้อมูล ต.ค.60-มี.ค.61 DDD ยารับประทาน = 3.04,   DDD ยาฉีด = 78.85  - ผลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (DUE) - อยู่ในระหว่างการดำเนินการปรับแบบฟอร์ม  **การดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของ รพ.นครนายก**  1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานAMR โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธาน เพื่อให้มีการสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรโดยใช้คณะกรรมการชุดเดิม คือ IC โดยมีการปรับกรรมการหลักเป็นแพทย์หัวหน้า IC และบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินการด้าน AMR โดยเฉพาะโดยพัฒนาเป็นคณะกรรมการ RDU-AMR  2. มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทันท่วงที โดยผ่าน HOSxP และมีการกำหนดรายการเชื้อดื้อยาที่ต้องรายงานด่วน เช่น CRE , VRSA, VRE  3. มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE,DUR) ในยากลุ่ม broad spectrum ATB และจัดทำ Antibiogram ของ รพ.ปีละ 1 ครั้ง  4. มีการสำรวจอัตราชุกของการติดเชื้อใน รพ. (point prevalence surveillance) ปีละ 2 ครั้ง  5. มีสรุปอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนใน รพ. เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI ,SSIสม่ำเสมอทุกเดือน  6. มีการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ/การระบาดของเชื้อดื้อยาแยกตามหอผู้ป่วย หรือ PCT และมีการคืนข้อมูลกลับให้หอผู้ป่วย หรือ PCT ที่พบปัญหา AMR |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 ข้อมูลเชิงวิชาการในบางตัวชี้วัดแพทย์ยังไม่ยอมรับ และมีความกังวลในการรักษาคนไข้ตามแนวทางที่กำหนด เช่น ข้อมูลการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน, ความซับซ้อนของการติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น

4.2 ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในทางที่ผิดในชุมชน

4.3 ระบบการติดตามข้อมูลใน รพ.สต. ยังไม่สามารถดูได้ทุกเวลาเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการรักษา

4.4 ในการพัฒนาระบบ RDU เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายและเพิ่มภาระงานให้หน่วยบริการ เช่น การประชาสัมพันธ์การใช้ RDU mobile app, การทำสื่อต่างๆ ในการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

4.5 การบูรณาการการจัดการเชื้อดื้อยา ต้องอาศัยหลายๆภาคส่วนในโรงพยาบาลจึงจะขับเคลื่อนงาน AMR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะแพทย์ที่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะมีหลายแผนกและมีความหลากหลาย อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานได้

**5.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| 1. การผ่าน RDU Hospital ขั้นที่ 2 ตัวชี้วัดส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นหลัก หากแพทย์ไม่ตระหนักในการสั่งยาอย่างสมเหตุผล และไม่ทราบเกณฑ์การประเมิน อาจทำให้การดำเนินงาน RDU Hospital ไม่ประสบความสำเร็จ | ควรมีการติดตามผลงานในเรื่องความก้าวหน้าในการดำเนินงานเพิ่มเติมมากกว่าดูแค่ผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินงาน | สะท้อนข้อมูลการใช้ยาให้ราชวิทยาลัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำเกณฑ์การสั่งใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อให้แพทย์ที่จบใหม่นำมาปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน |
| 2. การผ่าน RDU Hospital ขั้นที่ 2 นอกจากเรื่องการสั่งใช้ยาของแพทย์แล้ว ผู้ป่วย/ผู้มารับบริการอาจยังขาดความตระหนักรู้ในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย การให้ความรู้อาจต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะผ่านตัวชี้วัดดังกล่าวเช่นกัน | ควรมีการติดตามผลงานในเรื่องความก้าวหน้าในการดำเนินงานเพิ่มเติมมากกว่าดูแค่ผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินงาน | แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้าง Awareness ให้ประชาชนรับรู้ผ่านสื่อต่างๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งสื่อโทรทัศน์/วิทยุ มากกว่าทางสื่อ social media อย่างเดียว |
| 3. การผ่าน RDU Hospital ขั้นที่ 2 นอกจากตัวชี้วัด RDU ที่เพิ่มและซับซ้อนขึ้นแล้ว ยังต้องพัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บตัวชี้วัด AMR โดยต้องร่วมมือกับ คกก. IC เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ตัวชี้วัด AMR และวางแผนได้อย่างบูรณาการ | ควรมีโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล RDU-AMR จากส่วนกลางสนับสนุน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถ feed back แพทย์ผู้สั่งใช้และคณะกรรมการระบบยาได้อย่างตรงประเด็นและถูกต้อง | ประสานส่วนกลางทำโปรแกรมเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ RDU-AMR ที่ใช้ทั้งประเทศ |

**6.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- ส่วนกลางควรพัฒนาการดึงข้อมูลจากระบบ HDC ให้ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัดที่เป็นปัจจุบันและติดตามผลได้

- ระบบข้อมูล HDC แต่ละตัวชี้วัดควรทำให้สามารถดูรายงานข้อมูลย้อนหลังแยกเป็นรายเดือนได้มากกว่าที่จะดูได้เฉพาะข้อมูลสะสม

- ควรมีโปรแกรมเก็บตัวชี้วัด RDU-AMR จากส่วนกลาง และทางโรงพยาบาลสามารถดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทันท่วงที

- ส่วนกลางควรทำเกณฑ์การสั่งใช้ยาตามตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นสนับสนุนให้แก่โรงพยาบาล และสื่อสนับสนุนในการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะในประชาชนเพิ่มเติม

**7.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

จัดให้มีระบบ RDU CKD Alert โดยโรงพยาบาลนครนายกเป็นต้นแบบ และบูรณาการไป รพ.ชุมชนทั้งจังหวัด โดยระบบนี้พัฒนาขึ้นโดยสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยผ่านโปรแกรม HOSxP โดยระบบนี้สามารถตรวจสอบค่า eGFR ล่าสุดของผู้ป่วยและช่วยเตือนแพทย์พิจารณาการสั่งยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่ eGFR ต่ำกว่า 60 ml/min/1.73m2 นอกจากนี้ยังช่วยเตือนค่าการทำงานของไตกับยาที่ห้ามใช้หรือต้องปรับขนาดยาได้

ผู้รายงาน...ภญ.อุษา...พุฒซ้อน.............................................

ตำแหน่ง......เภสัชกรเชี่ยวชาญ.............................................

วัน/เดือน/ปี.......25 มิถุนายน 2561...........................................

โทร…0814585187…… e-mail….usapootsorn@yahoo.com..